

**Adresa pro přihlášky:**  
Šmídová Markéta  
Horní Rokytnice 280  
Rokytnice nad Jizerou, 512 44  
tabor.marenice@seznam.cz  
tel. +420 776 838 506

Spolek Soví vrch  
Horní Rokytnice 280  
Rokytnice nad Jizerou  
512 44

## Přihláška na dětský letní tábor POD SOVÍM VRCHEM 2019

### Dítě:

Jméno:  Příjmení:   
Rodné číslo:  Adresa:   
Město:  PSČ:

### Zákonní zástupci:

Jméno:  Příjmení:   
Jméno:  Příjmení:   
Kontaktní telefon(y):  matka Kontaktní email:   
 otec

### Termín tábora:

I.běh: 29. 6. – 13. 7. 2019  II.běh: 13. 7. – 27. 7. 2019

**Cena: 4.500 Kč splatná do 1. 5. 2019** (cena pro sourozence je 4.300 Kč za každého)  
**náš účet: 214 809 198/0300** variabilní symbol (rodné číslo dítěte):

### Prohlášení zákonných zástupců dítěte

**Zvláštní přání, upozornění** (umístění s kamarádem, kamarádkou, plavec/neplavec...)

Svým podpisem prohlašuji, že závazně přihlašuji své dítě na tábor a že jsem se seznámil s podmínkami účasti na táboře a táborovým řádem.

\*\*\* ke stažení na [www.rokytnice.com/tabor-marenice](http://www.rokytnice.com/tabor-marenice) \*\*\*\*

Datum a místo

Podpis zákonných zástupců

# Posudek o zdravotní způsobilosti dítěte k účasti na zotavovací akci

Evidenční číslo posudku:

## 1. Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotnických služeb vydávajícího posudek, adresa sídla poskytovatele, IČ:

Jméno, popřípadě jména, a příjmení  
posuzovaného dítěte:

Datum narození posuzovaného dítěte:

Adresa místa trvalého pobytu nebo jiného bydliště na území České republiky posuzovaného dítěte:

## 2. Účel vydání posudku

Účast na letním táboře

## 3. Posudkový závěr

**A) Posuzované dítě k účasti na škole v přírodě nebo zotavovací akci:**

je zdravotně způsobilé

není zdravotně způsobilé

je zdravotně způsobilé za  
podmínky (s omezením) \*)

\*) Bylo-li zjištěno, že posuzované dítě je zdravotně způsobilé s omezením, uvede se omezení podmiňující zdravotní stav způsobilosti k účasti na zotavovací akci a škole v přírodě.

**B) Posuzované dítě:**

se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO – NE

je proti nákaze imunní (typ/druh)

má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh)

je alergické na

dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka)

## 4. Poučení

Protiv bodu 3. části A) tohoto posudku lze podle § 46 odst. 1 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, podat návrh na jeho přezkoumání do 10 pracovních dnů ode dne jeho prokazatelného předání poskytovatelem zdravotnických služeb, který posudek vydal. Návrh na přezkoumání lékařského posudku nemá odkladný účinek, jestliže z jeho závěru vyplývá, že posuzovaná osoba je pro účel, pro nějž byla posuzována, zdravotně nezpůsobilá nebo zdravotně způsobilá s podmínkou.

## 5. Oprávněná osoba

Jméno, popřípadě jména a příjmení  
oprávněné osoby:

Vztah k posuzovanému dítěti:

zákonný zástupce

opatrovník

pěstoun

Oprávněná osoba převzala posudek  
do vlastních rukou dne:

Podpis oprávněné osoby

Datum vydání posudku:

Jméno, příjmení a podpis lékaře:

Razítko poskytovatele zdravotnických služeb

